

Duplication
FEB 23 1933
Lane Medical Library

★
UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE
Directeur : Professeur Dr R. KOENIG

Le sort des enfants nés de femmes atteintes de pyélite gravidique

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

par

KROUM KROUCHAREVITCH

^v
de KOCANE (Yougoslavie)

Thèse N° 1378

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER
RUE DE CAROUGE, 48
1931

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE
Directeur : Professeur Dr R. KOENIG

Le sort des enfants nés de femmes atteintes de pyélite gravidique

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

par

KROUM KROUCHAREVITCH

de KOCANE^V (Yougoslavie)

Thèse N° 1378

GENÈVE
IMPRIMERIE EUGÈNE MEYER
RUE DE CAROUGE, 48
1931

La Faculté de Médecine. sur le préavis favorable de monsieur le Professeur R. Koenig, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 7 septembre 1931.

Le Doyen :
EUG. BUJARD.

A MES CHERS PARENTS
en témoignage de ma profonde gratitude.

Meiss et amicis.

Au début de ce travail, nous tenons à exprimer à M. le Professeur Koenig notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous a donné et pour l'intérêt qu'il nous a témoigné au cours de l'élaboration de ce travail.

Nous remercions également M. le Docteur Held, chef de Clinique Gynécologique, pour les précieux conseils qu'il nous a donnés.

Le sort des enfants nés de femmes atteintes de Pyélite Gravidique

INTRODUCTION

La pyélite est une maladie relativement fréquente au cours de la gestation. Elle est étudiée aujourd'hui dans tous ses détails, mais malgré toutes les connaissances que nous avons sur cette maladie, nous n'avons pas de données précises sur l'influence de la pyélite quant au sort de l'enfant, soit dans sa vie intra-utérine, soit dans sa vie ultérieure.

Les avis des différents auteurs varient sur l'avenir de l'enfant né de mère pyélitique pendant la grossesse. Mais tous en général s'accordent à dire qu'il y a une mortalité assez considérable des enfants d'une telle souche, soit pendant l'accouchement, soit dans les semaines qui le suivent.

Pour arriver à nous faire une idée plus précise, nous avons, sur le conseil de notre maître, M. le professeur Kœnig, entrepris une enquête sur 31 cas recueillis parmi ceux observés à la Maternité de Genève durant les dix dernières années, soit de 1921 à 1931.

Symptômes généraux

Ainsi que l'ont prouvé des travaux récents, les uretères subissent au cours de la grossesse une dilatation presque constante et qui peut devenir considérable ; cette disposition, ainsi que la stase qui en résulte, est particulièrement favorable à l'infection. Aussi n'est-il pas rare d'observer de la pyélite au cours de l'état puerpéral.

L'infection de ces voies ainsi prédisposées, qui exceptionnellement pourrait se faire par voie ascendante, s'opère presque exclusivement par voie descendante. Le colibacille en est presque toujours l'agent.

La maladie évolue en deux stades : une période de colibacillémie et une période de pyélite localisée.

Historique de la question

Au point de vue foetal, la pyélite a été étudiée dès le commencement de ce siècle.

Déjà en 1899, Weill, dans sa thèse de Paris, parle des enfants nés de pyélitiques, mais ne peut rien dire de précis de leur sort : pour lui, la proportion des enfants qui viennent au monde avant terme est assez considérable.

En 1904, Legueu fait un rapport au Congrès de Rouen sur « La pyélonéphrite dans ces rapports avec la puerpéralité », où il rapporte une mortalité des enfants de 25 %.

Erich Opitz, faisant en 1905 une étude sur la pyélite gravide, s'occupe du sort des enfants et rapporte une mortalité assez élevée.

En 1923, Yvanovitch, dans sa thèse de Paris, fait une statistique des enfants de pyélitiques nés prématurément.

Naujoks, dans le « Zentralblatt 1925 » traite la question de la mortalité des enfants nés de mères atteintes de pyélite au cours de la grossesse.

Et pour terminer, nous trouvons dans le « Monde Médical » du 1-15 novembre 1928, p. 870, le travail de F. Cathelin au sujet de la mortalité des enfants nés d'une souche pyélitique.



L'influence de la pyélite sur la grossesse

L'influence de la maladie sur la durée de la grossesse peut être expliquée par deux facteurs :

1. Par le passage direct des coli-bacilles ou de leurs toxines au fœtus à travers le placenta de la mère.

2. Par une grande oscillation de la température au cours de la pyélite.

La première hypothèse nous semble la plus admissible, car nous avons à son sujet des données relevées dans la littérature, ainsi les recherches effectuées par Brindeau, qui est arrivé à trouver des coli-bacilles dans le cordon ; Mayer a décelé des coli-bacilles dans le placenta et le sang du cœur des fœtus ; Fehling a observé dans deux cas des coli-bacilles dans le fond de l'utérus ; Naujoks a pu trouver dans des cas d'accouchements d'enfants morts des coli-bacilles dans le sang du cœur et du placenta (nous rapporterons les cas de Naujoks à la fin de ce chapitre).

En ce qui concerne la seconde hypothèse, nous rapportons les recherches faites par Naujoks :

Sur 30 cas, il a noté 8 accouchements à terme avec de la fièvre pendant la grossesse et 22 sans fièvre.

Sur 27 accouchements prématurés, 14 ont eu lieu avec fièvre et 13 sans fièvre.

Au total, 22 accouchements ont eu lieu avec fièvre et 35 sans fièvre.

Ainsi, d'une part malgré la fièvre il y a eu des accouchements normaux et à terme ; d'autre part, 13 des cas, soit la moitié, ont été prématurés sans fièvre.

Brédier a trouvé sur 14 cas 8 accouchements avant terme, et cela bien qu'il y eut très peu ou pas du tout de fièvre, ce qui nous incite à nous ranger à la première hypothèse, celle de l'effet des toxines ou du bacille lui-même, transporté de la mère au fœtus.

La pyélite a sûrement une très grande influence sur le déclenchement des douleurs. Très souvent c'est la fièvre, avec ses grandes oscillations, qui produit une excitabilité de la musculature utérine, mais il y a des cas où la fièvre n'est pas du tout en cause. Donc, d'autres facteurs entrent en jeu dans le déclenchement prématuré des douleurs et la rupture des poches des eaux. Ce sont peut-être des aspirations toxiques dans le sang qui provoquent les douleurs prématurées et la rupture des poches

des eaux. En tout cas, il ne faut pas croire que ce soit la mort du fœtus qui est en cause dans le déclenchement prématuré des douleurs, car tous les enfants naissent vivants ou récemment morts.

L'accouchement prématuré peut se produire à différents moments de la grossesse. Opitz a trouvé sur 29 cas, un enfant né le septième mois, quatre le huitième, huit le neuvième, sept le dixième et trois sans indications.

Parfois la pyélonéphrite grave est cause de l'interruption artificielle de la grossesse, qui peut être nécessaire aux divers degrés de la grossesse. Opitz trouve sur 11 cas qui ont nécessité l'interruption artificielle le résultat suivant : deux ont été arrêtés au sixième mois, trois au huitième, quatre au neuvième, un au dixième mois et une fausse couche sans indication de la durée de la grossesse.



Influence de la Pyélite sur l'enfant

Au point de vue fœtal, la proportion des accouchements prématurés est très grande, dans la moitié ou le tiers des cas, et même quand la grossesse évolue jusqu'au septième ou au huitième mois. Une statistique de Legueu indique l'accouchement prématuré dans 13 cas sur 53, soit 25 %. De plus l'enfant est alors souvent sous le coup de la toxémie coli-bacillaire; il peut être atteint directement par l'agent pathogène, ce qui expliquerait la mort de l'enfant *in utero* ou dans les jours qui suivent la naissance. Les enfants nés viables, restent malingres, difficiles à élever. Aux dires de Legueu, ils succombent le plus souvent en bas âge. Ne sont-ce pas en effet des toxémies-nés ?

La proportion des morts-nés est assez grande. D'après Legueu, sur 60 enfants, 7 étaient morts-nés ou sont morts tout de suite après la naissance.

Nous avons vu que l'accouchement prématuré s'observe à peu près dans un tiers des cas des formes graves de la pyélite. Mais dans la majorité des cas, les formes moyennes et surtout les formes légères, qui sont les plus fréquentes, le pronostic fœtal est bénin.

D'une façon générale, on peut dire que le pronostic de l'enfant est d'autant moins sévère que la grossesse est plus près de son terme, puisque les conditions de viabilité sont mieux réalisées, et cela d'autant plus si la mère a été guérie pendant la grossesse. Sur 20 femmes citées par Opitz, et qui ont été guéries pendant la grossesse, une seule a fait un accouchement avant terme, et maintes fois après une néphrectomie la grossesse s'est poursuivie normalement et a abouti à une fin naturelle.

Cas relevés dans la littérature

N° 1. — Cas W., observé par NAUJOKS.

Malade enceinte de six mois, vient avec beaucoup de fièvre, des frissons et une pyélite gravidique typique. Dans l'urine on trouve des coli-bacilles. Le sang est stérile. Les bruits fœtaux sont bien perçus. Un frisson survient. On trouve dans le sang de la malade des coli-bacilles. Le matin suivant, les battements du cœur fœtal ont disparu. Dans le courant de l'après midi le fœtus est expulsé dans la poche des eaux fermées.

Le liquide amniotique est stérile. On trouve dans le sang du cœur du fœtus et dans le placenta des coli-bacilles. Ils sont collectionnés dans le cordon, principalement dans le voisinage des vaisseaux.

Dans ce cas, il s'est produit chez la mère une colipyélite suivie de colilémie, les bacilles sont arrivées par le placenta sur le fœtus et ont produit une colisepsie du fœtus qui l'a tué in utero.

N° 2. — Cas A., observé par NAUJOKS.

Chez une primipare atteinte de pyélite gravidique et d'un hydroamnios positif dans le sixième mois. Après une évolution afebrile de quelques semaines, il y a eu accouchement prématuré au huitième mois, stimulé par l'hydroamnios. L'enfant mal formé (anaucéphale) meurt pendant l'accouchement.

Dans ce cas la bactériologie est tout spécialement intéressante : on trouve des coli-bacilles dans l'urine de la mère, dans les sécrétions des organes génitaux, sur la muqueuse utérine, dans le liquide amniotique, dans le placenta et aussi dans le sang du cordon. Fait remarquable, on ne peut cultiver ces coli-bacilles dans le sang du cœur de l'enfant.

N° 3. — Cas M. N. (observé par KELLER et plus tard publié dans les *Annales de la Charité*).

Primipare de 23 ans, entrée le premier mai. Depuis janvier (quatrième mois de la grossesse), traitée pour une pyurie dans plusieurs hôpitaux. Le 26 avril, quitte l'hôpital : depuis ce jour a constamment eu des frissons.

Au huitième mois de la grossesse, personne excessivement faible. Les poumons à droite en avant présentent des matités, des râles bronchiques ; à gauche en arrière une sonorité exagérée. L'urine contient 0,08 d'albumine, passablement de pus, pas de colibacilles.

Du 1^{er} au 4 mai, plusieurs frissons avec 40° de fièvre.

Le 5 mai, dilatation pour un doigt, introduction d'une sonde qui est expulsée après quatre heures. Après trois heures et demie, rupture de la poche. Tête à la vulve, forceps, enfant vivant, 40 cm., 1295 gr.

Pendant les suites des couches, le premier jour température à 39° 5, suite sans fièvre. Le pus dans l'urine a diminué très faiblement jusqu'au seizième jour. Au 21^{ème} jour, transportée à la clinique médicale. Après huit semaines elle quitte la clinique tout à fait guérie. Enfant mort le neuvième jour de faiblesse.

Cas de la Maternité de Genève

(Toutes nos observations sont inédites)

Obs. 1. — B. A., domestique, 21 ans.

Entrée le 2. VIII. 1921 avec le diagnostic de la Polyclinique : grossesse de six mois et pyélite droite.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels.

Réglée à l'âge de 15 ans ; règles toujours régulières et abondantes. Dernières règles : début du mois de mars 1921.

Début de la grossesse normale. Vers la fin de juillet, amaigrissement, mauvais état général. Etat fébrile. Douleurs dans le rein droit.

Examen de l'urine : urine louche, albumine $1\frac{1}{2}$ ‰, sucre 0 : gaïac.

Sédiments : polynucléaires, cellules vésicales, saprophytes variés. Pas des coli-bacilles nets.

Traitement : régime lacté, tisanes, aspirine. La patiente quitte le service le 19-VIII améliorée.

Il n'a pas pu être obtenu de renseignements ultérieurs sur la malade.

Obs. 2. — D. M., concierge, 27 ans.

Entrée dans le service le 30 IV. 1923 pour des douleurs lombaires, troubles de la miction et fièvre. Enceinte depuis le 12-I-23.

On constate une cysto pyélite avec une grossesse de quatre mois.

Traitée dans le service de gynécologie jusqu'au 23. V. 1923 et le quitte déclarée guérie.

Le 16 octobre 1923, accouchement normal dans le service d'obstétrique.

Rupture de la poche artificielle.

Suites de couches physiologiques.

Enfant vivant, à terme, 52 cm., 3200 gr. Placenta 580 gr.

Alimentation : d'abord au sein, puis artificielle.

Jusqu'à un an, l'enfant a très bien prospéré. A marché à 14 mois. A l'âge de deux ans a eu la coqueluche avec otite à plusieurs reprises. A quatre ans, impétigo. A partir de quatre ans, on le soigne pour rachitisme, jambes en X, pendant trois ans.

Actuellement, enfant très faible, manque d'appétit, ne souffre plus de son rachitisme.

Obs. 3. — Ch. H., ménagère, 32 ans.

Entrée le 24. X. 1925 dans le service d'obstétrique.

Dernières règles le 2. XII. 1924.

Soignée dans le service de gynécologie du 30. VI. au 20. VII. 1925 pour une pyélite gravidique. A sa sortie on trouvait encore des colibacilles dans l'urine.

Accouchement le 24. X. 1925 à 8 h. 20, normal en OA. Mécanisme ordinaire. Délivrance selon Schultze. Bonne contraction utérine.

Examen de l'urine le 24. X. 1925 : Traces d'albumine. Des cellules desquamées de la vessie. Rares coli-bacilles.

Le 31. X., légères traces d'albumine ; on ne trouve plus de coli-bacilles.

Enfant : un garçon vivant, à terme, longueur 50 cm., poids 3700 gr. Alimenté artificiellement. Poids à la sortie du service : 3400 gr.

Actuellement, enfant de 6 ans. se porte bien, n'a pas eu d'autre maladie que la coqueluche l'hiver passé.

Obs. 4. — G. E., ménagère, 20 ans.

Entre dans le service le 15. XII. 1925 avec des douleurs faibles et régulières.

Réglée à l'âge de 15 ans ; règles normales.

Dernières règles le 9. III. 1925.

Vomissements pendant les trois premiers mois. Au mois de juillet, douleurs dans la région du rein droit, urines troubles et brûlures à la miction.

En traitement du 6. VIII. au 25. VIII. dans notre service de gynécologie pour une pyélite gravidique. Elle le quitte améliorée et en bon état de santé.

Status d'entrée : primipare à terme, bassin légèrement, généralement et régulièrement rétréci.

Le 15. VIII. à 11 heures, col dilaté pour un franc, pas complètement effacé. Poche semble exister. Tête engagée dans l'excavation.

A 20 heures 40, accouchement normal en OA. Mécanisme ordinaire.

A 21 heures, délivrance selon Schultze. Bonne contraction utérine.

Enfant : une fille à terme, 50 cm., 3130 gr. Bosse sanguine à l'occiput.

Placenta 500 gr., surface utérine complète.

Cordon 50 cm., gras, insertion latérale, faux-nœud.

Membranes complètes.

Enfant nourri au sein pendant les trois premiers mois, puis alimentation artificielle. Bien portante jusqu'en 1927, où elle fait une coqueluche qui dure six semaines. Se porte ensuite bien jusqu'en 1930 où elle fait une forte poussée de rougeole, soignée à la maison, et bien guérie ; après quoi elle se développe normalement, sauf une otite il y a deux mois. A part cela, l'enfant n'a pas eu d'autre maladie. Elle a marché à douze mois. Pas de signes de rachitisme. Actuellement, fillette de six ans en bon état de nutrition, prospère tout à fait bien.

Obs. 5 — G. Z., concierge, 18 ans.

Entre dans notre service de gynécologie pour appendicite (?) le 29. VI. 1928.

Réglée depuis l'âge de 13 ans ; régulièrement depuis l'âge de 14 ans.

En 1926, les règles deviennent très abondantes et se répètent tous les quinze jours. Elle consulte un médecin qui la soigne par des piqûres et la guérit. Les règles redeviennent normales.

Dernières règles le 27. VII. 1927.

Supporte assez bien la grossesse.

Le 25. V. 1928, accouchement normal, avant terme, à la Maternité de Lausanne. Suites de couches physiologiques.

Depuis deux semaines, elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre et des pertes très abondantes ; légère gêne à la miction. A l'entrée on diagnostique une pyélite puerpérale du rein droit. Après le traitement elle quitte le service le 21. VIII. 1928 déclarée guérie.

Enfant de cinq semaines, en bonne santé, poids de naissance 2020 gr. Nourri au sein et après deux mois, alimentation artificielle. Prospère de façon variable jusqu'au sixième mois, tantôt maigrissant, tantôt reprenant son poids. Opérée à l'âge de deux mois et demi d'une hernie inguinale. A toujours eu l'entérite. Vaccinée à dix mois ; légère fièvre après la vaccination. Depuis lors on change l'alimentation et on lui donne du lait « *Guigoz* ». L'enfant commence à se mieux porter, prospère bien jusqu'à l'hiver dernier, où elle fait une angine purulente. Les amygdales sont toujours un peu enflées. De temps en temps, a mal au ventre ; appétit plutôt capricieux. Caractère changeant, passant du calme à des crises de colère. Le dernier poids enregistré (mois de février 1931) était de 11 kg. et depuis lors il a été dépassé.

Obs. 6 — Sch. S., concierge, 28 ans.

Soignée dans notre service de gynécologie du 23. II. au 28. III. 1928 pour une pyélite gravidique avec des coli-bacilles dans les urines.

A la sortie du service de gynécologie, les urines contenaient encore quelques globules de pus.

Dernières règles le 28 juillet 1927.

Le 15. V. 1928, accouchement normal en OA.

Délivrance spontanée selon Schultze. bonne contraction utérine.

Enfant : un garçon à terme, 50 cm., 2960 gr.

Placenta 520 gr., rond et complet.

Cordon 50 cm., maigre, central.

Liquide amniotique clair, jaune, d'abondance moyenne.

Membranes complètes.

Enfant toujours nourri artificiellement. Il se développe normalement, marche à treize mois, dentition à un an et demi. N'a eu aucune maladie. L'enfant bégaye, mais autrement se porte très bien.

La mère a toujours des douleurs au rein et des brûlures à la miction.

Obs. 7. — C. L., ménagère, 32 ans.

Primipare à bassin normal, début des douleurs le 1. V. 1928 à 21 heures.

Le 2. V. à 22 heures 30, expulsion normale en OA.

22 heures 45, délivrance selon Duncan ; bonne contraction utérine.

Enfant : un garçon à terme, 50 cm., 3160 gr.

Petite rétention du cordon.

A la sortie, état général de la mère et de l'enfant bon ; poids de l'enfant 3380 gr.

Le 13. VI 1928, la patiente entre dans notre service de gynécologie avec des douleurs dans la fosse iliaque droite. On diagnostique une pyélonéphrite pour laquelle la patiente reste en traitement jusqu'au 30. VI. 1928, moment où elle quitte le service guérie.

L'enquête n'a pas permis de retrouver la patiente.

Obs. 8. — Sch. A., ménagère, 22 ans.

Entre dans le service d'obstétrique le 18 janvier 1929.

Dernières règles au mois d'avril 1928.

Vomissements les premiers temps et nausées. N'a jamais eu mal au ventre. Traitée dans le service de gynécologie du 1. X. au 27. X. 1928 pour une pyélite gravidique.

Le 18. I. 1929, accouchement normal en OA. Délivrance spontanée selon Schultze. Bonne contraction.

Enfant vivant, à terme, 43 cm., 2250 gr. Alimentation au sein au début, puis artificielle.

L'enfant se développe et prospère normalement. N'a pas de maladie. Actuellement, à l'âge de 2 ans et demi, est très bien portant.

Obs. 9. — M. M., ménagère, 19 ans.

Primipare venant du service de gynécologie où elle était traitée pour une pyélite avec des coli-bacilles dans l'urine depuis le 12. XI. 1928.

Dernières règles au mois d'avril 1928.

Le 7. II. 1929 à 12 heures, dilatation pour une pièce de cinq francs. Bord peut-être œdématié.

La parturiente ayant des douleurs très fréquentes et insupportables, on lui donne un bain chaud et 1 cc de morphine.

Le 7. II. 1929 à 24 heures, accouchement normal, expulsion laborieuse en OA.

Le 8. II. à 0 heure 20, délivrance selon Schultze Piston direct.

Enfant : une fille vivante, à terme, 50 cm., 2650 gr.

Pas de rétention, ni placentaire, ni des membranes.

Le 8. II., examen de l'urine de la mère : beaucoup de pus et des coli-bacilles. On continue le traitement.

Le 18. II. 1929, à la sortie, l'état général est bon, le pus dans l'urine a fortement diminué. L'enfant se porte bien, est alimenté au sein. Poids à la sortie 2600 gr.

L'enfant reste toujours faible et ne prospère pas bien, mais ne fait pas de maladies sérieuses.

Obs. 10. — C. M., 21 ans.

Primipare ne présentant rien de particulier dans ses antécédents. Régliées à 12 ans, irrégulièrement.

Dernières règles le 18 juin 1928.

Vomissements pendant toute la grossesse, brûlures à la miction, varices à la cuisse droite, pas d'œdème.

Du 22. XII. 1928 au 5. I. 1929, la patiente est soignée dans notre service de gynécologie pour une pyélite gravidique à coli-bacilles.

Le 28. IV. 1929, elle entre dans le service d'obstétrique avec des douleurs régulières qui ont débuté le 27. IV. à 21 heures.

Rupture de la poche le 28 à 2 h. 45.

Cours de l'accouchement : forceps à l'excavation (sur la tête en O.J.D.T.).

Délivrance spontanée selon Duncan. Bonne contraction. Cour court.

Enfant vivant, à terme, 49 cm., 2900 gr.

Placenta 500 gr., rond, complet.

Cordon 38 cm., central, quelques faux-nœuds.

Liquide amniotique fortement teinté de méconium.

Membranes : il manque peut-être un petit bout du chorion.

Cours des couches physiologiques.

A la sortie, le 10. V. 1929, l'état général de la mère et de l'enfant est bon. L'enfant pèse 2950 gr. ; dès le début il est alimenté artificiellement.

L'enfant a très bien prospéré, n'a jamais eu de maladie. Actuellement jouit d'une bonne santé.

Obs. 11. L. A., 34 ans.

Réglée à l'âge de 13 ans, toujours régulièrement et normalement. Dernières règles au mois de septembre 1927.

En février 1928 elle souffre de la vessie, est traitée dans notre service de gynécologie dont elle sort améliorée mais pas guérie. Elle a toujours des brûlures à la miction. Depuis trois jours a une température de 39 degrés.

Entre dans le service d'obstétrique le 13. V. 1928 à 23 h.

Rupture de la poche prématurée bientôt après le début des douleurs.

A l'entrée on trouve une présentation longitudinale, variété céphalique, tête engagée. Dilatation petite (paume de main).

Le 14. V., à 1 h. 10, expulsion normale en OA.

A 1 h. 35 délivrance spontanée selon Schultze. Bonne contraction utérine.

Examen de l'urine : traces d'albumine, leucocytes, cellules épithéliales de la vessie.

Enfant : une fille vivante, à l'âge de 8 1/2 mois, de 45 cm., poids 2000 gr.

Placenta complet de même que les membranes.

Le 17. V. les urines sont claires, sans traces d'albumine.

Le 25. V., à la sortie, état de la mère et de l'enfant bon, rien de particulier ; poids de l'enfant 1950 gr.

La patiente revient le 11. II. 1929 dans le service de gynécologie en déclarant qu'elle a eu constamment depuis son accouchement au printemps 1928 une miction douloureuse et fréquente. Elle perdrait aussi quelquefois du sang.

On fait alors une cystoscopie, une chromocystoscopie, une pyélographie et un cathétérisme urétral bilatéral. On constate un cystite et une pyélite droites.

On traite la patiente jusqu'au 27. II, où elle quitte le service guérie.

Enfant de neuf mois, se porte bien. Alimenté au sein jusqu'à sept mois, puis artificiellement. Jusqu'à neuf mois a toujours souffert d'entérite et depuis lors a été en bonne santé. A marché à 13 mois. A la même époque a eu ses premières dents. Actuellement en bonne santé, bon appétit, ne souffre de rien.

Obs. 12. B. S., 25 ans.

Entre dans le service de gynécologie le 26. II, 1929. Depuis une semaine la patiente souffre des reins ; elle est enceinte de six mois.

On fait le diagnostic de pyélite gravidique, et on traite la patiente jusqu'au 2. III. Elle quitte alors le service bien améliorée et part pour les Indes. Depuis lors on n'a plus eu de renseignements sur elle.

Obs. 13. V. C., ménagère, 22 ans.

Dernières règles le 17 juillet 1928.

Grossesse bien supportée jusqu'il y a quinze jours, moment où elle commence à avoir de l'insomnie et des maux de tête.

Le 19. III elle présente de la fièvre avec des frissons et le lendemain elle a mal au rein droit. Le médecin consulté la soigne pour une grippe et le lendemain il nous l'envoie avec le diagnostic grossesse et grippe.

Status d'entrée : on constate une bronchite des deux poumons ; grossesse de 8 mois et pyélite gravidique.

On traite la patiente jusqu'au 20. VI, 1929 ; elle commence ce jour-là à avoir des douleurs. On la transfère dans le service d'obstétrique.

Le 20. IV, accouchement normal en OA. Délivrance spontanée selon Duncan, bonne contraction.

Enfant : une fille vivante, à terme, 50 cm., 3250 gr.

Placenta et membranes complets.

On continue le traitement. A la sortie, la patiente se porte bien, l'examen de l'urine montre quelques leucocytes et des colibacilles. On lui prescrit un traitement qu'elle continue à la maison.

Enfant nourri au sein. Poids à la sortie 3180 gr. Prospère bien, marche à 15 mois, dentition à 8-9 mois. N'a pas eu de rachitisme. Pendant l'hiver 1930, a eu la varicelle et une bronchite qui se sont bien passées. Actuellement, à 2 ans et trois mois, a une santé parfaite. Elle a été pesée pour la dernière fois au commencement d'octobre 1929 et pesait alors 7060 gr. A un bon appétit et ne souffre de rien.

Obs. 14. B. H., ménagère, 26 ans.

Dans ses antécédents on ne remarque rien de particulier sauf une sœur qui est morte à 32 ans d'un empoisonnement des reins.

La patiente a eu ses premières règles à l'âge de 16 ans.

Dernières règles le 26 juillet 1928.

Grossesse bien supportée. Pas de vomissements, de varices ni d'œdème aux jambes. Les derniers temps, brûlures à l'estomac et œdème aux chevilles. On n'a pas trouvé d'albumine dans l'urine. Constipation les premiers mois de la grossesse. Dès son enfance a toujours eu mal au rein gauche. N'a jamais eu de néphrite.

Du 22. II au 9. III 1929, la patiente est dans notre service avec de petites douleurs qui passent. En outre, en l'examinant, on constate une pyélite à coli-bacilles qui régresse beaucoup. Pendant tout le séjour dans le service la température est normale.

Le 28. III 1929 la patiente rentre de nouveau dans le service avec des douleurs régulières et très suivies. A 8 h. on constate une dilatation complète, présentation podalique, siège décompleté, mode des fesses, est à l'excavation. Poche rompue.

A 11 h, 55, expulsion en S. J. D. T. van Deveten-Müller, Moriceau. La tête reste dans le diamètre transversal et l'enfant fait des mouvements prématurés de respiration. Déchirure du deuxième degré.

Délivrance selon Schutzlé à 12 h. 20. Piston direct.

Bonne contraction utérine, suture du périnée.

Après l'accouchement, le patient fait une forte poussée de fièvre qui cède à une injection de cytotropine. L'urine devient claire.

Enfant : un garçon vivant à terme, 49 cm., 2900 gr.

Placenta : 500 gr., rond et complet.

Cordon 70 cm., gras, pas de nœud.

Alimentation au sein.

A la sortie, le 9. IV. 1929, état de l'enfant et de la mère bon sauf une légère inflammation du paramètre gauche chez la mère. L'enfant pèse 2950 gr. ; à partir du troisième mois alimenté artificiellement. A toujours eu de l'entérite. Premières dents à neuf mois ; à la même époque double otite. Marche à 15 mois et se développe normalement. Actuellement se porte très bien.

Obs. 15. L. P. 23 ans.

Entre dans le service d'obstétrique le 6. VII. 1929.

Régliée à l'âge de 12 ans ; régulièrement toutes les quatre semaines. Mariée depuis 1927 ; le mari est en bonne santé.

Dernières règles le 8. X. 1928.

Pendant toute la grossesse elle souffre de constipation chronique.

Du 26. IV au 6. V 1929 elle est soignée dans le service de gynécologie pour une pyélite à coli-bacilles.

Accouchement normal le 7. VII. 1929.

Délivrance selon Schutze, spontanée. Bonne contraction.

Enfant : une fille vivante, à terme, 49 cm, 3040 gr.

Placenta : surface utérine et membranes complètes.

L'examen de l'urine de la mère le 9. VII montre : albumine positive ; sucre négatif ; sédiment : beaucoup de pus et colibacilles.

On continue le traitement jusqu'au 19. VII, jour de la sortie.

A la sortie, l'état général de la mère et de l'enfant est bon. L'enfant pèse 2800 gr. ; elle a été alimentée artificiellement dès les premiers jours. Pendant les trois premiers mois elle a eu de l'entérite et rendait son lait. A trois mois, elle fait une double otite qui se répète à diverses reprises jusqu'à l'âge d'une année. Marche à 13 mois. Dentition à 1 an. L'hiver dernier a eu une grippe qui s'est bien passée. L'enfant reste d'une santé délicate mais n'a pas eu de maladie sérieuse.

Obs. 16. B. I., ménagère, 23 ans.

Entre dans le service le 30. III. 1929.

Anamnèse : parents, deux frères et une sœur en bonne santé. Elle-même n'a jamais eu de maladie. Réglée à l'âge de 13 ans. Règles régulières, douloureuses, abondantes, durant quatre jours. Pas de fausse-couche.

Dernières règles : ?

Grossesse très bien supportée.

Status d'entrée : primipare de 23 ans, avec un bassin normal.

Le 30. III. 1929, accouchement normal en OA.

Délivrance spontanée selon Schutze. Bonne contraction.

Enfant vivant, à terme, 49 cm., 2380 gr.

Placenta 500 gr., rond, complet.

Cordon 50 cm., maigre, latéral.

Membranes complètes, liquide amniotique moyen et clair.

3. IV. 1929. Depuis l'accouchement, la patiente fait des poussées de température qui vont jusqu'à 39,9 degrés (31. III). Le pouls ne dépasse pas 100. L'état général est fortement atteint. Rien de particulier aux poumons et au cœur. Les jambes ne présentent pas de parties douloureuses ni d'enflure. Le ventre est souple, l'utérus en bonne involution, pas sensible sur les côtés. Pas de rétention de lochies ; urine claire, sans albumine. On pense à une grippe.

Le 6. IV, la température, qui était redevenue normale, est de nouveau montée à 38 degrés, la patiente a mal dans les lombes, surtout à gauche et quand elle respire. L'auscultation et la percussion du poumon ne montrent rien de particulier, de même que pour le cœur. Rien à noter aux jambes. Utérus bien involué. Abdomen souple et indolore. Dans les urines, albumine + (faible). Sédiment : pus et coli-bacilles.

Diagnostic : pyélite.

Traitement : cytotropine intraveineuse, tisanes.

Le 7. IV au matin, la température est normale mais la patiente se plaint de douleurs à la saphène gauche, où l'on sent un petit cordon douloureux. La jambe est relevée. Compresses à l'alcool.

Le 8. IV, la patiente se porte bien, n'a plus de douleurs.

Le 10. IV, elle se lève, va bien.

Elle quitte le service le 13. IV. 1929, guérie. Poids de l'enfant à la sortie : 2860 gr. Alimentation mixte.

L'enfant prospère normalement, n'a jamais eu de maladie. A marché à 10 mois, Dentition à 9 mois, Actuellement en bonne santé.

Obs. 17. W. J., 28 ans.

Multipare, entre dans le service d'obstétrique le 19. IV. 1929.

Dernière règles au mois de juillet 1928.

Bon état de santé pendant la grossesse, à part quelques vomissements.

Accouchement normal en OA le 19. IV. 1929, dans notre service. Délivrance d'après Manjou, Galaston et Crédé (le Crédé sans et celui sous anesthésie n'ayant pas réussi). Bonne contraction utérine.

Suites des couches physiologiques.

Enfant : garçon, vivant, à terme, 53 cm, 3910 gr.

Placenta et membranes complets.

Alimentation au sein.

Le 30. IV. 1929 à la sortie, l'état général de la mère et de l'enfant est bon ; l'enfant pèse 3710 gr.

Deuxième séjour.

Le 10 mai, la patiente croit avoir pris froid. Elle ressent des douleurs dans la région du rein gauche et des brûlures à la miction. Elle frissonne et constate une température de 39°.

Pendant dix jours l'état reste stationnaire, le soir la patiente a de la température à 38-39°. Les douleurs dans la région rénale gauche et les brûlures à la miction persistent.

Le 21. V. elle entre dans le service où on constate un état général bon, un crâne bien développé et des urines troubles dont l'examen microscopique décelé des colibactéries.

Diagnostic : pyélite puerpérale.

On traite la patiente jusqu'au 21. V. elle quitte alors le service bien améliorée.

L'enfant continue à être alimenté au sein, mange beaucoup jusqu'à 120 gr. par repas, a regagné quelques fois un peu après les tétées. Le 7. V. pèse 3000 gr. le 21. V. 3100 gr. Enfant caille, très mouleux, gemissant sans voix pour crier. On le transfère en clinique infantile, où il reste pendant deux mois. Après la sortie de la clinique infantile on commence à l'alimenter au lait de chèvre : il commence à aller mieux, reprend de son poids et se développe normalement. Au mois de février de cette année il fait une forte bronchite et une double otite pour laquelle il est soigné à la clinique infantile. A marche à 20 mois. Mange toujours beaucoup, ne vomit pas, n'a pas mal au ventre. Dentition à 1 année.

Actuellement l'enfant se porte bien et ne présente pas de signes de rachitisme.

Obs. 18. M. N. 29 ans.

Dernières règles au commencement du mois de juillet 1928. Vainement les quatre premiers mois de la grossesse. Au cours des trois derniers mois, brûlures à l'estomac. Pas de troubles urinaires, pas d'œdème ni de varices. Légère dyspnée vers derniers quinze jours. Grossesse bien supportée.

Accouchement le 18. IV. 1929.

Cours de l'accouchement : forçage à l'étrévation (dite en U). J. D. Ty pour induction fœtale. Délivrance spontanée selon Duncan. Bonne contraction.

Suites des couches : pyélite puerpérale.

Enfant : un garçon vivant à terme, 49 cm. 2000 gr. Bosse sanguine portale gauche. Marque de forçage sur la muqueuse de la face.

Placenta : surface utérine complète, de même que les membranes.

Le 1. V. 1929, à la sortie, l'état général de la mère et de l'enfant est bon.

À la fin de septembre, elle fait une rechute de sa maladie, pour laquelle le médecin qui la voit le 18 octobre nous l'envoie avec le diagnostic de pyélonéphrite. Elle entre dans le service de gynécologie le lendemain.

Status d'entrée : la malade entre dans le service le 19. IX avec de fortes douleurs au niveau des reins et une température

de 38°8. Les urines sont assez claires et à l'examen microscopique on constate quelques cellules, du pus, des coli-bacilles et des diplocoques en grande quantité.

Enfant de 5 mois, bien portant.

La patiente quitte notre service le 27. IX. 1929 guérie.

Le 18. VIII. 1931, à la visite, elle nous déclare que les douleurs au niveau des reins n'ont pas complètement disparu. L'enfant a été nourri artificiellement et a bien prospéré les six premiers mois. A ce moment-là, contracte la coqueluche, qui dure trois mois et cause un arrêt du développement de l'enfant. A la même époque, a été soigné pendant six semaines pour une diphtérie. Depuis il se porte bien mais tousse toujours un peu. Un médecin qui l'a examiné n'a rien trouvé au poulmon, sauf un léger catarrhe des bronches. Dentition à 4-5 mois. A commencé à marcher à 20 mois ; pas de rachitisme. L'appétit est bon, l'enfant ne se plaint de rien et progresse normalement. Il pèse actuellement 14.200 gr.

Obs. 19. Sch. F., célibataire, 17 ans.

Entre dans le service de gynécologie le 23 IV. 1929.

On ne trouve rien de particulier dans l'anamnèse, sauf que la patiente a eu des crises d'épilepsie à l'âge de 3 ans.

Règles dès l'âge de 12 ans, toujours régulières.

Dernières règles au mois d'octobre 1928 (?)

Grossesse très bien supportée jusqu'à ces derniers temps, où elle a des vomissements.

Accouchement à domicile. Enfant prématuré de 8 mois et demi qui meurt de faiblesse dans le service au cours de la journée.

Placenta, cordon et membranes contrôlés par le médecin et déclarés par lui complets.

24. IV. Ce soir la température s'élève à 40° ; pouls à 109, bien frappé. La patiente se plaint des reins. Rien aux poulmons ni au cœur ; jambes rien de particulier, de même que les seins.

25. IV. Ce matin on sonde la patiente et dans le sédiment de l'urine on trouve du pus et des coli-bacilles. On diagnostique une pyélite à coli-bacilles et on traite la patiente jusqu'au 4. V. 1929, jour où elle quitte le service bien améliorée.

Diagnostic anatomique du corps de l'enfant :

Enfant du sexe masculin de 1680 gr. et 43 cm. sans malformation interne ni externe. Légère augmentation du thymus (15 gr). Suffusion hémorragique sous épicaudique et sous pleurale bilatérale. Pas de Bécud, pas de signes macrosscopiques de lues. On n'a pas recherché les coli-bacilles dans le sang du cœur.

Obs. 20. P. E., domestique, 27 ans.

Premières règles à 17 ans, irrégulièrement.

Dernières règles le 15 août 1928.

Pendant la grossesse pas de vomissements, pas de troubles urinaires, pas de brûlures d'estomac, pas d'œdème ni de varice. Grossesse bien supportée.

Le 21. V. 1929, accouchement normal en OA dans notre service d'obstétrique.

Délivrance selon Schultze, piston direct. Bonne contraction utérine.

Enfant : une fille à terme, 50 cm, 3130 gr.

Placenta et membranes complets.

Liquide amniotique ?

Enfant nourri au sein, toujours bien portante. Actuellement vivante et en bonne santé. La mère a été soignée pendant les suites de couches pour une pyélite puerpérale dans le service.

Obs. 21. C. A. ménagère 28 ans.

Dernières règles le 20 février 1929.

Pendant les premiers mois de la grossesse, vomissements ; au cours des derniers mois, les jambes sont enflées.

Accouchement normal en OA le 2. XIII. 1929 à 19 h. 10.

Cours de l'accouchement : hydramnios, atonie utérine, décollement manuel, après Crédé et sous anesthésie. Pituitrine intraveineuse, coramine, huile camphrée et injection utérine d'eau chaude (50°).

Enfant vivant, à terme, 53 cm, 4000 gr.

Placenta 20 × 20, épaisseur 2 cm. Surface utérine complète. Cordon 76 cm, maigre. Beaucoup de liquide amniotique, un peu trouble. Membranes complètes.

Alimentation artificielle. Le poids de l'enfant à la sortie est de 4.130 gr. L'enfant se développe normalement, n'a pas de maladie. Actuellement vivant et en bonne santé.

Suites de couches : cystite, pyélite à coli-bacilles.

Obs. 22. P. L., ménagère, 26 ans.

Dernières règles fin mai 1929.

Pendant la grossesse a toujours été bien portante jusqu'au mois de septembre (4ème mois), moment où elle commence à souffrir des reins.

Le 30, XII. 1929, accouchement normal en OA dans notre service d'obstétrique. Délivrance, selon Schultze, avec la manœuvre du piston. Bonne contraction. Insertion centrale.

Cours des couches : urémie et pyélite.

Enfant vivant, prématuré, de 7 mois, 40 cm, 1.600 gr.

Placenta ovulaire et complet. Cordon 50 cm, gras.

Membranes centrales complètes.

Liquide amniotique d'abondance moyenne, clair.

Le 11. I. 1930, à la sortie, poids de l'enfant 1570 gr.

Le 3. II. 1930, l'enfant et la mère décèdent le même jour.

On n'a pas de renseignements sur la cause de la mort. Il n'y a pas eu d'autopsie.

Obs. 23. T. H., ménagère, 21 ans.

En 1928, fausse-couche provoquée, curretée dans notre service.

Dernières règles à fin juillet 1929.

La grossesse est bien supportée pendant les cinq premiers mois. Dès lors la patiente souffre d'une pyélite. Du 11. I. au 24. I. 1930 elle est soignée dans le service pour pyélite et grossesse de six mois. La patiente quitte ensuite le service avec une déclaration. Pendant les mois qui suivent, elle continue à souffrir des reins et du bas-ventre. L'examen des urines montre des traces d'albumine, pas de sucre, au microscope beaucoup de globules blancs, peu de globules rouges, coli-bacilles ; épithèle desquamée de la vessie et du petit bassin rénal.

Le 20. IV. 1930 à 13 h. 30 accouchement normal en OA. Rupture prématurée de la poche des eaux.

Délivrance selon Schultze. Bonne contraction.

Circulum du cordon autour du cou.

Cours des couches : cysto-pyélite.

Enfant : un garçon à terme, 49 cm, 2570 gr. Bosse sanguine pariétale droite.

Placenta 450 gr, ovulaire et complet.

Cordon 50 cm, 2 cm d'épaisseur, insertion centrale.

Liquide amniotique clair. Membranes complètes.

Le 23. IV, la patiente se sent bien ; on continue le traitement.

A la sortie le 1. V. bon état général de la mère et de l'enfant ; ce dernier pèse 2820 gr.

L'enfant alimenté au sein, prospère bien. A l'âge de 7 mois a eu la coqueluche, mais pas d'autre maladie depuis. Dentition à trois mois et demi. Actuellement à l'âge de 15 mois, se porte bien. Par contre la mère a toujours des douleurs aux reins et l'urine trouble ; brûlures à la miction.

Obs. 24. P. J., ménagère, 27 ans.

Entre dans le service d'obstétrique le 28. IX., 1930 avec de petites douleurs.

Réglée à l'âge de 14 ans, régulièrement, beaucoup de pertes blanches entre les règles.

Dernières règles le 23. XII. 1929.

Un accouchement en 1928 ; forte hémorragie.

Elle était en traitement il y a trois mois dans le service de gynécologie pour une pyélite gravidique à coli-bacilles.

Le 29. IX. 1930 à 1 h., accouchement normal en OA. Délivrance selon Schultze, bonne contraction.

Enfant vivant, à terme, 50 cm, 2680 gr.

Placenta 550 gr, ovalaire et complet.

Cordon 45 cm, d'épaisseur moyenne, insertion latérale.

Membranes complètes. Liquide amniotique abondant et clair.

Enfant alimenté au sein.

A la sortie le 10. X. 1930 bon état général de la mère et de l'enfant. Poids de l'enfant 2890 gr.

Le 10. VIII. 1931 la mère nous dit qu'elle n'est pas encore guérie. L'enfant se développe très difficilement. Il a été nourri au sein les quatre premiers mois, puis artificiellement. A 7 mois a eu une forte rougeole et une hernie inguinale étranglée qui a été opérée.

Actuellement l'enfant ne souffre de rien, mais son état général est très faible et l'appétit est mauvais.

Obs. 25. B. R, ménagère, 30 ans.

Dernières règles le 7 juin 1930.

Le 23. XII. 1930 elle entre dans le service de médecine d'où on la transfère dans le service de gynécologie le 29. XII.

Status d'entrée : grossesse de 7 mois ; pyélonéphrite et cystite, confirmées par une pyélographie faite le 7. I. 1931 et une cystoscopie faite le 16. I. 1931.

Le 28. I. on examine les hémocultures où on trouve des streptocoques.

Le 30. I on note un élargissement du cœur qui doit s'être produit pendant le séjour dans notre service, et l'on entend, pour la première fois également, un fort souffle systolique râpeux.

Le 30. I. accouchement prématuré en OA.

Délivrance spontanée selon Schultze. Bonne contraction.

Enfant, vivant prématuré, de 8 mois, 47 cm, 2650 gr.

Placenta rond et complet. Cordon 50 cm. maigre.

Membranes complètes. *

Liquide amniotique teinté de méconium.

Les frissons qui existaient avant l'accouchement se répètent de plus en plus fréquemment. Vers le 5. II. 1931 l'état général de la malade commence à devenir précaire. Elle a beaucoup de peine à respirer. La faiblesse générale augmente constamment et la malade décède le 13. II. 1931.

Cause de la mort : diagnostic anatomique :

Accouchement il y a 12 jours. Utérus encore augmenté de volume, contenant une masse sanguine polipoïde. Endométrite diphtéroïde. Petit corps jaune à l'ovaire droit. Un peu de lait dans les seins. Thrombo-endocarolite, mitrale sur valvules, anciennement épaissies. Infractus multiples de la rate en partie en forte purulente. Infractus multiples de deux reins. Léger catarrhe urinaire depuis le bassin et jusqu'à la vessie. Quelques ecchymoses périés et sous endocarolique. Pleurésie légère sur les deux lobes inférieurs avec atélectasie.

L'enfant a été repris par la famille. Alimentation artificielle. Il prospère normalement, n'a pas eu de maladie. Actuellement en bonne santé.

Obs. 26. — B. H., femme de chambre, 26 ans.

Réglée à 16 ans, irrégulièrement.

Dernières règles le 26 juillet 1930.

Essais infructueux d'avortement le 9. XII. 1930. Frisson avec température. Le lendemain, douleurs dans les lombes et le flanc droit, avec irradiation dans la cuisse.

A l'entrée le 13. XII. 1930, on constate, après une pyélographie avec de l'Abrodil et un examen d'urine, une pyélite à colibacilles.

La patiente fait des poussées de fièvre jusqu'au 26. II., jour où on la transfère dans le service d'obstétrique pour accoucher.

Le 26. II. à 5 heures 30, accouchement normal en OA. Délivrance selon Schultze. Bonne contraction.

Enfant vivant, prématuré, de 8 $\frac{1}{2}$ mois. 43 cm., 1750 gr.

Placenta 12x15, épaisseur 1.5 cm., ovulaire, surface utérine complète.

Liquide amniotique abondant et clair.

Enfant alimenté artificiellement.

On transfère la patiente de nouveau dans le service de gynécologie pour y continuer le traitement. Elle y reste jusqu'au 13 mars. On fait une culture des urines qui est négative.

L'enfant est maigre et meurt six semaines après la naissance, de faiblesse.

On n'a pas recherché les coli-bacilles dans son sang.

Obs. 27. — S. A., 31 ans.

Dernières règles le 9 juin 1930.

La patiente souffre de la vessie depuis le mois de février 1928. Les crises se répètent à plusieurs reprises ; la dernière a commencé au mois de novembre 1930. Depuis lors, elle est malade jusqu'au jour de son entrée dans notre service. Elle souffre

de douleurs dans les deux reins et la vessie, de brûlures à la miction et d'une augmentation de la fréquence des besoins d'uriner.

A l'entrée, le 8. II. 1931, on constate à l'examen de l'urine une grande quantité de globules blancs et beaucoup de coli-bacilles.

On traite la malade pour une pyélite gravidique à coli-bacilles jusqu'au 19. II. 1931, jour où elle quitte le service contre l'avis des médecins.

L'état général est amélioré, mais le résultat de l'examen d'urine est inchangé. Le 18. II., une pyélographie a montré que le bassinet droit et l'uretère droit sont largement dilatés.

Le 22. II. 1931, accouchement à domicile, sous le contrôle d'un médecin qui déclare que tout a été normal.

Enfant vivant, prématuré, 47 cm., 3000 gr.

Le dixième jour après sa naissance, l'enfant fait une jaunisse qui se passe bien. Pendant les premiers jours, il est alimenté au sein, puis artificiellement.

Le 25 juillet, la mère déclare avoir été guérie de ses douleurs tout de suite après l'accouchement. L'enfant continue à être alimenté artificiellement et se porte bien actuellement.

Obs. 28. — Ph. Ph.

Réglée à l'âge de 14 ans, irrégulièrement.

Dernières règles au début du mois d'avril 1930.

Depuis le mois d'août, douleurs dans la région rénale droite. Constipation depuis qu'elle est enceinte.

La patiente est traitée dans notre service de gynécologie du 12. I. 1931 au 9. III. 1931 pour une pyélonéphrite à coli-bacilles et une septicémie colibacillaire.

Transférée en obstétrique le 23. I. 1931 après rupture prématurée de la poche. Les organes génitaux montrent un fort degré d'infantilisme. Les douleurs sont très faibles et la tête est enclavée en travers. On fait un forceps après forte narcose au chloroforme et une épisiotomie droite.

Après la terminaison de l'accouchement, suture de l'épisiotomie en deux plans.

Délivrance selon Schultze. Piston direct. Mauvaise contraction utérine.

Enfant vivant, prématuré, 50 cm., 3100 gr.

Placenta ovalaire complet, cordon 60 cm., pas de nœud.

Membranes complètes.

L'enfant est alimenté artificiellement ; le 4. I. 1931, il pèse 3000 gr.

La patiente est transférée dans le service septique où elle reste jusqu'au 9. III. 1931. A la sortie, culture des urines des deux côtés négatives.

Dès le début, l'enfant a été nourri au lait de chèvre. Il s'est bien développé jusqu'à aujourd'hui. A trois mois, a eu une hernie inguinale pour laquelle il a été opéré à la Clinique Gourgas. A part cela n'a eu aucune maladie. Actuellement il est en parfaite santé et pèse 7 kg. $\frac{1}{2}$.

Obs. 29. — S. F., ménagère, 30 ans.

Dernières règles le 8. X. 1930.

Dès le début du mois d'avril de cette année, elle souffre de douleurs dans les deux reins et la vessie, de brûlures à la miction et d'une augmentation de la fréquence des besoins d'uriner.

A l'entrée, on constate une grossesse de sept mois. L'urine contient une grande quantité de coli-bacilles des deux bassinets. Augmentation de l'urée dans le sang.

Malgré le traitement institué, l'état empire progressivement. La malade devient extrêmement faible, subictérique, et vomit tout ce qu'elle ingère. Pour cela, on se décide à faire le 13. V. 1931, une césarienne basse. La malade supporte l'opération mais décède le lendemain, 14 mai 1931.

Autopsie : cystite ulcéreuse, urétérite, pyélite purulente, pyélonéphrite abcédante.

Enfant mort de faiblesse quelques jours après la naissance. Pas d'autopsie.

Obs. 30. — S. M., femme de chambre, 21 ans.

Réglée à 16 ans, régulièrement.

Dernières règles le 15. XI. 1930

Pas de troubles gravidiques. Elle a eu des douleurs dans la région rénale droite le 24. V. 1931, douleurs qui augmentent le jour suivant.

Elle entre dans notre service le 26. V. 1931, pour ces douleurs. A l'entrée, on constate une grossesse de sept mois et une pyélite à coli-bacilles. De tout temps elle a été un peu constipée ; depuis quelques jours la constipation a augmenté.

Après un traitement de trois semaines, la patiente quitte notre service le 19. VI. 1931 bien améliorée, mais pas guérie.

Le 4. VIII. 1931, la patiente nous donne de ses nouvelles. La grossesse continue normalement. Depuis lors, on n'a pas eu des nouvelles d'elle.

Obs. 31. — G. B., ménagère, 20 ans.

Réglée à 13 ans $\frac{1}{2}$, irrégulièrement.

Dernières règles le 13. VIII. 1930.

Vomissements les premiers trois mois. Traitée au mois de mars dans le service de gynécologie pour une pyélite à coli-bacilles.

Entre dans notre service d'obstétrique le 25. VI. 1931 avec de petites douleurs.

Le 25. VI. 1931 à 10 heures, col effacé, bord souple et épais. Dilatation de deux à cinq francs. La poche existe. Tête à l'excavation.

A 14 h. 30, rupture de la poche. La parturiente commence à avoir des douleurs expulsives. La tête apparaît à la vulve.

Accouchement normal en OA. Délivrance selon Schultze. Bonne contraction.

Enfant vivant, prématuré, de 8 mois, 48 cm, 2780 gr.

Placenta 20 x 18, épaisseur 2 cm. Surface utérine complète. Cordon 46 cm., épais, insertion marginale.

Liquide amniotique clair, membranes complètes.

L'enfant est alimenté artificiellement dès le début ; à la sortie le 8. VII. 1931 il pèse 2450 gr. Il prospère bien et est actuellement en bonne santé.



Résumé

En résumé les 31 cas précités peuvent se répartir comme suit :

Pyélite au 4 ^{me} mois de la grossesse	2 cas :	2, 22.
» 5 ^{me} »	3 »	4, 9, 11.
» 6 ^{me} »	12 »	1, 8, 10, 12, 15, 19, 23, 24, 26, 27, 29, 30.
» 7 ^{me} »	5 »	3, 6, 14, 25, 31.
» 8 ^{me} »	1 »	13.
» 9 ^{me} »	1 »	28.
Pyélite puerpérale	7 »	5, 7, 16, 17, 18, 20, 21.

Au point de vue de la terminaison de la grossesse, nous avons sur 31 cas les résultats suivants :

Sur trois cas nous n'avons aucun renseignement ultérieur, ce sont les N^{os} 1, 12, et 30.

Enfants nés avant terme à 7 mois (lunaire)	2 cas :	22, 29.
» » 8 »	4 »	19, 25, 27, 31.
» » 8 ¹ / ₂ »	2 »	11, 26.
» » 9 »	2 »	5, 28.
Enfants nés à terme	10 »	18 » 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24.

Au point de vue de la viabilité des enfants après la naissance, sur 28 cas nous avons le résultat suivant :

Un cas sans renseignements ultérieurs sur la patiente : cas 7.

Enfants vivants et bien portants 16 cas : 3, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 20, 21, 23, 25, 27, 28, 31.

Enfants vivants mais d'une santé plutôt délicate 7 cas : 2, 5, 9, 15, 17, 18, 24.

Enfants morts tout de suite après la naissance ou peu après, 4 cas : 19, 22, 26, 29.

En somme, la mortalité des enfants est de beaucoup inférieure à celle que nous présente les autres auteurs, car au lieu d'avoir un minimum de 25 % de mortalité, nous n'avons trouvé dans nos observations que 14,4 %.

Conclusions

La pyélite est une cause assez fréquente de l'accouchement prématuré. Nous pensons qu'il y a une aspiration toxique qui provoque le déclenchement prématuré des douleurs et fait que l'enfant vient précocément au monde et faible. Nous croyons, ainsi que des travaux récents l'ont affirmé, qu'il y a différents degrés de gravité de la maladie au point de vue fœtal, ce qui explique la faible mortalité de nos cas. La pyélite de forme grave est fatale pour un quart des enfants.

Le pronostic de l'enfant est d'autant plus mauvais que la grossesse est moins avancée, car les conditions de viabilité sont alors moins favorables.

L'influence du traitement des malades pendant la grossesse joue aussi un rôle considérable dans le pronostic fœtal. Le traitement peut amener la malade à une guérison complète ; il améliore donc d'autant les conditions de viabilité fœtale et par conséquent le pronostic pour l'enfant. Abandonnée à elle-même, la pyélite, même sous une forme bénigne au début, peut aboutir à une terminaison fatale pour l'enfant, et même pour la mère.

Les enfants morts-nés, ou ceux qui meurent tout de suite après la naissance, sont sûrement, comme des travaux récents l'ont montré, touchés directement par les microbes, qu'il faudra rechercher toujours soit dans le cordon, soit dans le sang des nouveaux-nés.



Bibliographie

- ARNAUD. — Loire méd. St Etienne 1921, XXXV, p. 211.
- ANDERODIS. — Pyélonéphrite grave de la gestation à forme toxi-infectieuse (Soc. d'Obs. et de Gyn. de Bordeaux, séance de mars 1929).
- ALBECK. — Zeitschr. f. Geb. Bd. LX, 1907.
- BREHAUT. — Thèse de Bordeaux 1929-30.
- BAEDA. — Thèse de Paris 1920.
- BAZY. — A propos de pyélonéphrites gravidiques (Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie, Paris, 1910, N° V, XXIV, p. 826-827).
- BRINDEAU et SEGURET. — Pyélonéphrite (Soc. Obs. N° 2, 1923).
- CATHELIN F. — Les pyélonéphrites de la grossesse et leur traitement moderne, pronostic et marche. Monde médical, 1-15 novembre 1928.
- CATHALA. — Thèse de Paris 1904.
- COLOMBINO. — Pyélonéphrite et gestation (Journal des Patriciens, 28 décembre 1929, N° 52, p. 852).
- Ch. ACHARD. — Le monde médical du 1er octobre 1929.
- COUVELAIRE. — Rôle de la gestation dans la pyélite. Soc. d'Obs. 1920.
» — Des pyélonéphrites dites gravidiques. Journal méd. franc., mai 1922, 1. II, p. 212.
- CLEISZ. — Pronostic fœtal. Pratique médico-chirurgicale, t. VII, Paris, Masson 1921.
- FEHLING. — Münch. Med. Wochenschr. 1907, H. ft. 27.
- FURCK-BRENTANO. — Pyélonéphrite ayant nécessité l'interruption de la grossesse. (Gynécologie). 1909, XIII, p. 22.
- GUZMAN. — Contribution à l'étude de la pyélonéphrite de la grossesse. Thèse de Bordeaux 1922-23.
- GUNET et IMBERT. — Bull. Soc. d'Obs. et de Gyn. mai 1929, p. 369.
- LEGUEU. — Résultat éloigné d'une pyélonéphrite de la grossesse. C. R. Soc. d'Obs., de Gyn. et de Pédiat., Paris 1907, p. 258-263.
» — De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puérilité. Ve congrès de gyn., d'obs. et de pédiat. de Rouen, avril 1904.
- LEPOUTRE. — La pyélonéphrite des suites de couches. Rev. prat. d'Obs. et de Gyn., Paris 1913, p. 140-145.
- LEMIERRE. — Infection coli-bacillaire au cours de la grossesse. Clin. Bandelocque, 1924.
- MAYER. — Mün. Med. Wochen. 1913, H. ft. 27.
- MARCOTTE. — Etude de la pyélonéphrite chez la femme en état de gestation. Thèse de Paris 1925.
- MINON. — Colibacillose gravidique. Thèse de Paris 1923.
- MONNOT. — Contribution à l'étude de la pyélonéphrite gravidique. Thèse de Nancy, 1921-1922.
- OPITZ. — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bol. L. V. 1905, p. 236-238.
- PELLOT. — Ce qu'il faut savoir des pyélonéphrites dites gravidiques. Arch. méd. chir. Province, juin 1925.
- TROUFFIER. — La vaccinothérapie contre la pyélonéphrite aiguë de la grossesse. Bull. et mém. Soc. de Chir. Paris 1910, N° V, XXXVI, p. 783-787.
- VAUDESEAL, BEAUFAND et PORCHER. — Le fonctionnement du canal excréteur du rein chez la femme enceinte. Arch. mal. des reins, 1927.
- WEILL A. — Thèse de Paris 1899. (De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la grossesse. p. 40-41. Pronostic et diagnostic).
- YOVANOVITCH. — Thèse de Paris 1923.

